Background Paper **BP-236E**

TEEN SUICIDE

Andrea Shaver
Political and Social Affairs Division

August 1990

Library of Parliament
Bibliothèque du Parlement

Research Branch

91-04887/

The Research Branch of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Research Officers in the Branch are also available for personal consultation in their respective fields of expertise.

© Minister of Supply and Services Canada 1991
Cat. No. YM32-2/236E
ISBN 0-660-13910-3

CE DOCUMENT EST AUSSI PUBLIÉ EN FRANÇAIS

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TABLE OF CONTENTS

Page

INTRODUCTION..... 1

A. Looking for Reasons..... 2

1. Gender Differences..... 3

2. Cultural Differences: Comparison with the United States. 5

3. Cultural Differences: Quebec..... 5

4. Suicide Clusters..... 6

B. Prevention..... 7

1. Recognizing the Symptoms..... 7

2. Strategies that Work..... 8

3. Culturally Specific Approaches: Natives..... 9

CONCLUSION..... 11

BIBLIOGRAPHY..... 12

APPENDICES

Excerpts from Suicide in Canada,
Report of the National Task Force on Suicide in Canada

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TEEN SUICIDE

INTRODUCTION

Major increases took place in Canadian suicide rates in the 1960s and 1970s and, while they have levelled out in the 1980s, they are still at the highest level in Canadian history. Between 1960 and 1978, the overall suicide rate rose from 7.6 per 100,000 population to 14.8, according to Statistics Canada figures. During the last decade, the suicide rate, though relatively stable, has been about double the rate throughout most of the period from 1921 to 1961. It has remained well above previous highs recorded during the Depression of the 1930s. It is important to remember that the actual number of suicides in Canada may be under-reported. A death is only certified as a suicide by medical and legal authorities when the victim's intent is clearly proven.

The federal government moved to address the suicide problem by appointing a National Task Force on Suicide in Canada in 1980. Its report was made public in 1987. While the statistics used are from 1985 at the latest and more often earlier, the study is the most comprehensive examination of the phenomenon ever done in Canada. Seven population groups were identified by the Task Force as being at high risk; one of these was young people. While males aged 20-24 are the age group which has seen the most significant rise in suicide deaths in the past 20 years, marked increases have been noted in the 15-19 age group, again most significantly among males. The report describes and evaluates a range of prevention, intervention and follow-up programs, and makes a number of recommendations having to do not only with the determinants of suicide but with the means of preventing it. No major federal policy initiatives have resulted from the report. It is not the intention of this paper to review the findings

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

of the Task Force report but rather to comment on changes in dealing with certain aspects of the teenage suicide phenomenon, changes found since the Task Force's research was done and drawn primarily from periodical sources published since 1987.

Though the rates are higher in Canada than in the United States, Canadian statistical trends for suicide correspond for the most part with American statistics; therefore some American studies will be used in this paper in an attempt to focus more precisely on the suicide phenomenon among teenagers.

A. Looking for Reasons

There are no definitive explanations of why more teenagers these days are committing suicide than ever before. Suicide is a multi-dimensional behaviour and difficult to define in any essential way.

The foremost theoretian on suicide, Emile Durkheim, defined three types of suicide. The first is altruistic suicide, where the individual is so closely integrated into a group or society that he or she will commit suicide for the benefit of the group. Examples would be the Japanese kamikaze pilots of World War II and the mass suicide at Jonestown.

The second type is egoistic suicide; this is characterized by a strong value system, weak group integration and an overpowering sense of personal responsibility. The group itself is not strong enough to provide the individual with a sufficient source of support and strength outside him or herself. Nor is the society sufficiently integrated to be able collectively to mitigate the individual's feeling of responsibility and guilt for moral weaknesses and failure.

The third type of suicide identified by Durkheim is not characterized by a strong value system. Anomic suicide results from not being properly integrated into a system of cultural values and thus seeing social norms as meaningless. The characteristic feelings of isolation, loneliness and personal confusion noted in this type of suicide are often brought on by a major disruption in one's way of life, such as the death of a parent or a move to a new home far from one's friends.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

One would think anomic suicide provided the best explanation for the phenomenon of teenage suicide, as it hinges on experiences closely associated with adolescence. Subtle distinctions, however, exist.

1. Gender Differences

Being male has been found to raise the odds of suicide in Canada no matter what the age group. It should be noted, however, that maleness is only significant in terms of completed suicide. Parasuicide (attempted suicide) is up to three times as common among females as males. The number of suicide attempts are as many as ten times the number of deaths but males are six times as likely to die of suicide as females. This has been found to be a cross-cultural phenomenon.

Psychologist Antoon Leenaars, president of the Canadian Association for Suicide Prevention, says the reasons are more sociological than psychological.(1) He explains that males are socialized to hide their feelings and deny pain if they are "to be a man." This emphasizes a feeling of personal responsibility for not fitting into the dominant male culture. Male culture places no blatant emphasis on mutual support at the adolescent stage, but rather thrives on competition. It is a culture, too, which has been weakened by the sexual revolution and is in the process of change. These factors illustrate the fact that for young males, suicidal impulses have more to do with Durkheim's egoistic model than the anomic model.

Females, on the other hand, tend to follow the anomic model. In studies carried out to determine why teenage girls and women account for so many suicide attempts and yet so few suicide deaths, theorists have gone much further than Durkheim. Self-in-relation theory, used to look at females and depression, is helpful in illuminating gender differences in suicidal behaviour. Current literature shows a consistent pattern linking the primacy that females place on relationships with

---

(1) Burt Dowsett, "Young Men, Senior Males Form Most Suicidal Groups," in London Free Press, 12 June 1990.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

factors influencing suicidal behaviour. Stress resulting from an inability to deal with interpersonal conflicts is more often a factor among females than males. This theory focuses on four common processes which, when exaggerated, underlie women's suicidal attempts: the concepts of vulnerability to loss, inhibition of anger, inhibition of action and aggression and low self-esteem. Rather than perceiving these as weaknesses, as in traditional theory which views the male experience as the norm, self-in-relation theory looks at these behaviours as sources of strength based on a female norm. By examining the normative experience of females, greater understanding of the gender differences in suicidal behavior is emerging.

Another theory used to explain the gender differences in suicide attempts and completions hinges on the methods of attempted suicide used. Teenage girls tend most often to use drugs while boys use more instantaneously lethal methods like firearms. Such differences are changing, according to American sources. The Centers for Disease Control noted that in 1970 fewer than one-third of the suicides by women aged 15 to 24 were carried out with a firearm, while in 1984 this was the case for a little more than half of the suicides by women in that age group. And while in 1970 42 per cent of the young women who killed themselves used drugs, by 1984 this percentage had dropped to 19 per cent. Sociologist James Mercy expects these trends to continue because of the easy availability of firearms in the United States and the increasing difficulty of obtaining lethal types of barbiturates.(2)

A controversial theory to explain the gender difference has been put forward by psychologist Lee Salk of Cornell University Medical School; this draws a link between birth trauma and later suicide. He pointed out the fact that infant mortality rates began dropping substantially around fifteen years before teenage suicide rates began escalating. He pointed out that male babies suffer from more birth complications than females and went on to document the three common denominators that turned up repeatedly among the suicides: respiratory distress for over one hour at birth, lack of prenatal care before the twentieth week of pregnancy, and

---

(2) Judy Folkenberg, "Guns and Gals," in Psychology Today, July/August 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

chronic ill health of the mother during her pregnancy. He even went so far as to demonstrate a correlation between methods used in suicide attempts and the type of intervention used at birth.

This hypothesis was also pursued by doctors in Sweden who found that suicide was more closely associated with birth trauma than with any other of the 11 risk factors for which they tested, including such socioeconomic variables as parental alcoholism and broken homes. This theory continues to be very controversial among the medical community which aims at increasing obstetrical control and intervention rather than decreasing it as these scientists advocate.

2. Cultural Differences: Comparison with the United States

A recent comparison of suicide rates in the U.S. and Canada found that the teen suicide rate among Canadian males is 57 per cent higher than in the United States. Antoon Leenaars of the Canadian Association for Suicide Prevention attributes this to the cultural theory that says Canadians are more repressed than Americans since Canada, as a colony, was founded on the British values of Queen and religion while the United States, on the other hand, was built by brash, aggressive, gun-toting pioneers, who fought their way westward and crushed all obstacles in their path. "Because of that," says Leenaars, "it has been suggested that in the U.S. they kill each other. In Canada we kill ourselves."(3) While simplistic on its own, Dr. Leenaars' observations highlight a cultural dimension to suicide behaviour that can be useful in prevention techniques, as will be discussed later with respect to native peoples.

3. Cultural Differences: Quebec

Quebec has the highest rate of teen suicides of all the Canadian provinces and has also one of the highest rates in the world.

---

(3) "Teen Suicide," in Windsor Star, 7 April 1990.

Dr. Mounir Samy, founder and director of Montreal General Hospital's adolescent crisis intervention team, argues that the social upheaval in Quebec since the 1960s affects troubled teenagers by giving them nothing stable to fall back on. He points to the Quiet Revolution and to family breakdown as key reasons. "Another contributor, Samy says, is the "suicide option" our society offers. "We are a society that values the quality of life rather than its quantity...Life is [seen by some teenagers as] not worth living if you cannot guarantee its quality."(4) The cultural aspect of suicide behaviour can be examined both broadly and specifically. While it illustrates only part of the picture, it is nonetheless an essential aspect to be looked at in the search for effective solutions.

4. Suicide Clusters

While the increase in suicides has levelled out in recent years, the number of "cluster suicides" is on the increase. The existence of suicide clusters is an aspect of the suicide phenomenon which has focused public attention recently on teenage suicide in Canada. In Lethbridge, Alberta, three youths committed suicide within three months of each other and a similar tragedy occurred in Antigonish, Nova Scotia. While some people suspected Satanic cult influences in the Lethbridge case, there has been no substantial evidence that such influences were a factor. Teenagers themselves say media focus on this possibility or on the influence of heavy metal music or music videos are just attempts by adults to relieve their own guilt feelings and not to listen to the real problems teens are facing. Whether there were suicide pacts or not, the incidence of copycat suicides among teenagers is becoming all too common throughout the world. Reasons for this new development are inconclusive. But it is safe to say that young people who do not find solutions to their problems from family, doctors or teachers, look to their peers for assistance.

---

(4) "Teen Suicide Rate Linked to Quiet Revolution," in Montreal Gazette, 13 May 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Even if teenagers do not attempt suicide, some studies say half of all teenagers think about it. Simon Davidson, Director of Psychiatric Research at the Children's Hospital of Eastern Ontario, released a report earlier this year making this claim. Dan Wiseman, head of social services for the Ottawa Board of Education, believes the finding could very well be true but noted that only 10 to 12 per cent of those students actually attempt suicide while only one to two per cent die. Wiseman, who helped implement the Ottawa Board's in-house teen suicide prevention program, says that because teenagers lack experience in solving problems and dealing with stress, suicide becomes a viable alternative.(5)

B. Prevention

1. Recognizing the Symptoms

According to the London/Middlesex branch of the Canadian Mental Health Association, which has been very active in teen suicide prevention programs, there are several warning signs of suicidal intent: depression; statements that show a preoccupation with dying; drastic behaviour or mood swings; lack of interest in future plans; making final plans; previous attempts (80 per cent of people who kill themselves have tried it before); sudden improvement after a period of depression; and self-destructive behaviour.(6)

Anxiety, isolation, depression, drug abuse, delinquency and family breakdown can all be implicated, either separately or in combination. The importance of family relations is noted by American therapists who point out that family therapy is on the decline. Parents increasingly do not wish to be involved in the therapy of their children.

---

(5) John Ibbitson, "Experts Rap Report on Teen Suicide," in Ottawa Citizen, 17 January 1989.

(6) Burt Dowsett, "Suicide: Recognizing the Symptoms," in The London Free Press, 12 June 1990. The death of a parent, particularly a mother, increases the risk of a suicide attempt 600 times.

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Eighty per cent of teenagers who eventually attempt suicide show up at a doctor's office before they try it. The teenagers complain of symptoms that should sound alarm bells but are usually missed by the doctor. These teenagers may complain of insomnia or fatigue or problems at school, but the underlying cause is not being picked up.(7) This has led the focus of prevention techniques away from the family unit and the medical profession and toward the schools.

2. Strategies That Work

Bruce Connell, a consulting psychologist for the Board of Education in London, Ontario, concludes from his survey of the literature on the subject of teen suicide that 95 to 97 per cent of suicides could be prevented.(8)

Frank Trovato's study of the effects of age, period and cohort examined Canadian statistics from 1921-25 to 1981-85.(9) It concludes that divorce and urbanization show significant "positive" effects on the likelihood of committing suicide, while the effect of religious secularization, although present, failed to reach statistical significance.

Trovato's study confirms that examining age, period and cohort indicates that suicide is mainly an age-specific phenomenon and that period and cohort are of limited relevance for the substantive understanding of this phenomenon in Canadian society.

In the search for prevention techniques through the school system, Dr. Barry Garfinkel, director of child and adolescent psychiatry at the University of Minnesota, designed questionnaires to elicit information on depression and has administered them to 15,000 students annually for

---

(7) Richard Sutherland, "Teenage Suicide Epidemic in Canada," in The Financial Post, 22 February 1990.

(8) Dowsett, "Suicide: Recognizing the Symptoms" (1990).

(9) Frank Trovato, "Suicide in Canada: A Further Look at the Effects of Age, Period and Cohort," in Canadian Journal of Public Health, Vol. 79, No. 1, January/February 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

several years. Anyone scoring positive on the questionnaire is sent to a guidance counsellor or school psychologist. This method has gained approval in Canada, specifically in Quebec where the problem of teenage suicide is particularly acute.

Another successful tool has been peer-group discussion groups. Particularly in view of the rise in "copycat" or suicide clusters, this method is seen as a crucial aspect of prevention. When a suicide occurred at A.B. Lucas Secondary School in London in October 1987, the student's friends and a guidance teacher formed a Breakfast Club to focus some of their grief into positive programs that would help future students. The club has grown to 260 students and branched out into orientation programs for Grade 8 students in order to make the transition from junior high to high school less traumatic.

For more effective program planning and management at suicide prevention centres, the Greater Vancouver Mental Health Service uses a computer information system which has evolved over the past ten years. Designed with the input of counsellors, researchers, community agencies, a clinical consultant and other professionals, the system is reviewed annually. It was designed to meet the practical needs of ongoing counselling activity as well as long-term planning and evaluation needs. Information collected is published in report form and used in public education activities. It should be noted that confidentiality is built into the system.

The National Task Force Report of 1987 included a proposed educational program for school personnel and students; model suicide intervention services for hospitals, communities and Native people; and an Alberta model for a systematic approach to suicide prevention. The Appendices to this paper give excerpts from the Task Force Report and relevant statistical tables.

3. Culturally Specific Approaches: Natives

Another identifiable risk group is made up of Native Canadians. The incidence of suicide specifically among Native teenagers

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

(not among all age groups) is often ten times that among their white counterparts. While it is not within the scope of this paper to examine the Native situation in detail, it is worth noting the success of culturally specific prevention methods used in some communities.

Just as suicide in Native communities is a distinct phenomenon, so are the methods these communities use to deal with it. The difference between non-Native and Native approaches to education and prevention is that non-Native methods tend to rely on facts, while Natives use story-telling as a means of giving information about suicide. The technique was demonstrated in an internationally acclaimed radio program called "Kill the Feelings First," developed by George Tuccaru, a Native employee of CBC North in Yellowknife. In this program, stories stimulate the audience to examine various questions in the search for resources with which to cope. The challenge to mental health service planners in Canada is threefold: Are they willing to look at Native cultural health processes as good resources for mental health? Will they trust Natives to develop their own methods and approaches? Will they be able to see Native mental health from a spiritual, though not necessarily religious, perspective? The National Task Force on Suicide in Canada recommended that prevention strategies for Canadian Native peoples should be culturally oriented.

Native teenagers in Grande Cache, Alberta, formed a peer support group following the suicide of a 16-year old Native youth who had lived in a number of white foster homes since the age of nine.(10) Native community leaders saw this initiative as an important first step but stressed the need to improve family communication and to deal with the problems of alcoholism, violence and sexual abuse found in many Native families.

---

(10) Gerry, Gee. "Teens Meet Suicide Issue Head On," in Windspeaker, 28 July 1989, p. 13.

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

CONCLUSION

Suicide has been related to lack of social integration, feelings of "alienation" in the population, transience, and rapid changes in values, income and lifestyle. Poor job prospects, families in a state of flux, changing social and moral values could all contribute to high youth suicide rates in the population as a whole. It is important to realize that suicidal behaviour is not necessarily linked to mental health problems. Nor, among suicidal teenagers themselves, are unemployment or alcoholism widespread problems.

While the reasons for suicide are complex and difficult to define, the experience of adolescence highlights unique problems for this high-risk age group. Author Marion Crook interviewed a number of teenagers in British Columbia who had attempted suicide. Common denominators that emerged were problems in their family situation and low self-esteem. Also apparent was the fact that the teens had not been helped in their contact with teachers, doctors or other professionals. The pressure to excel, perpetuated not only by parents and peers, pervades television programming and commercial advertising and was found to add to the anxiety of adolescence. Coping skills and sympathetic assistance in dealing with these problems are essential. Whether that comes from parents, teachers, doctors, other teenagers or television is not the issue. That such assistance come from somewhere is essential. The complexity of the issue must not inhibit community or government agency efforts to deal with a problem that is responsible for more adolescent deaths in Canada than anything else except accidents.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

BIBLIOGRAPHY

Beneteau, Renée. "Trends in Suicide." Canadian Social Trends, Statistics Canada, Ottawa, Winter 1988 edition.

Corr, Charles A. and Joan N. McNeil. Adolescence and Death. Springer Publishing Company, New York, 1986.

Crook, Marion. Every Parent's Guide to Understanding Teenagers and Suicide. Self-Counsel Press, Vancouver, 1988.

Crow, Gary A. and Letha I. Crow. Crisis Intervention and Suicide Prevention. Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, Illinois, 1987.

Curran, David K. Adolescent Suicidal Behavior. Hemisphere Publishing Corporation, Washington, 1987.

Deats, Sara M. and L. T. Lenker. Youth Suicide Prevention. Plenum Press, New York, 1989.

Hawton, Keith. Suicide and Attempted Suicide Among Children and Adolescents. Sage Publications, Beverly Hills, California, 1986.

Hodgson, Maggie. "'Kill the Feelings First': Applying Traditional Methods of Mental Health Education in a Radio Broadcast on Suicide Prevention." Canada's Mental Health, September 1986.

Hunter, David G. "Suicide Management Committee: Yorkton's Innovative Community Response to Teen Suicide." Canada's Mental Health, September 1986.

Klerman, Gerald L., editor. Suicide and Depression Among Adolescents and Young Adults. American Psychiatric Press, Inc., Washington, 1986.

Peck, Michael L., N.L. Farberow and R. E. Litman, editors. Youth Suicide. Springer Publishing Company, New York, 1985.

Peters, Ron. "A Computer Information System in a Suicide Prevention Centre." Canada's Mental Health, September 1986.

Polly, Joan. Preventing Teenage Suicide. Human Sciences Press, Inc., New York, 1986.

Richman, Joseph. Family Therapy for Suicidal People. Springer Publishing Company, New York, 1986.

Russell, Anita and Karen Rayter. Suicide. Peguis Publishers Limited, Winnipeg, 1989.

Étude générale **BP-236F**

LE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS

Andrea Shaver
Division des affaires politiques et sociales

Août 1990

Bibliothèque du Parlement
Library of Parliament

Service de recherche

Le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1991
N° de cat. YM32-2/236F
ISBN 0-660-93260-1

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TABLE DES MATIÈRES

Page

INTRODUCTION 1

A. À la recherche des causes 2

1. Les différences liées aux sexe 3

2. Les différences culturelles:
Comparaison avec les États-Unis 6

3. Les différences culturelles:
Comparaison avec le Québec 6

4. Les suicides à la chaîne 7

B. La prévention 8

1. Reconnaître les signes avant-coureurs 8

2. Des stratégies efficaces 9

3. Méthodes tenant compte des différences culturelles:
Les autochtones 11

CONCLUSION 12

BIBLIOGRAPHIE 13

ANNEXE

Extraits de Le suicide au Canada
Rapport du Groupe d'étude national sur le suicide au Canada

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS

INTRODUCTION

Il y a eu une hausse marquée du taux de suicide au Canada dans les années 60 et 70; bien que ce taux se soit stabilisé pendant les années 80, il se situe toujours à un niveau jamais atteint précédemment. Entre 1960 et 1978, le taux de suicide est en effet passé de 7,6 à 14,8 par 100 000 habitants. Bien que relativement stable au cours de la dernière décennie, il a tout de même été environ deux fois plus élevé que le taux affiché pendant presque toute la période comprise entre 1921 et 1961 et il est demeuré nettement supérieur aux sommets précédents observés pendant la Crise des années 30. De plus, il est important de noter que le nombre réel de suicides au Canada est peut-être sous-estimé. En effet, un décès n'est qualifié de suicide par les autorités médicales et judiciaires que lorsque l'intention de la victime est clairement démontrée.

Le gouvernement fédéral s'est penché sur le problème du suicide en 1980 lorsqu'il a mis sur pied un groupe d'étude national sur le suicide au Canada, qui a publié son rapport en 1987. Bien que les statistiques remontent à 1985 et souvent à des années antérieures, l'étude constitue l'examen le plus exhaustif du phénomène réalisé à ce jour au Canada. Le Groupe d'étude a dégagé sept groupes démographiques à risque élevé. Même si les hommes âgés de 20 à 24 ans font partie du groupe dont la hausse du taux de suicide a été la plus prononcée depuis vingt ans, de nettes augmentations ont été constatées chez les jeunes de 15 à 19 ans, là encore surtout chez les garçons. Le Groupe d'étude a décrit et évalué une gamme de programmes de prévention, d'intervention et de suivi et formulé quelques recommandations au sujet non seulement des facteurs suicidogènes

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

mais aussi des moyens de prévenir les suicides. Le gouvernement fédéral n'a pas pris de mesures importantes à la suite de la publication du rapport.

Dans le présent document, nous n'avons pas l'intention d'examiner les conclusions du rapport du Groupe d'étude, mais plutôt de faire certaines observations au sujet des changements survenus dans la façon d'aborder certains aspects du phénomène du suicide chez les jeunes, lesquels se sont faits jour depuis que le Groupe d'étude a effectué ses travaux et ont été abordés surtout dans des périodiques publiés depuis 1987.

Même si les taux de suicide sont plus élevés au Canada qu'aux États-Unis, les tendances statistiques au Canada correspondent en grande partie aux statistiques américaines; par conséquent, nous tenons compte de quelques études américaines dans le nôtre afin de tenter de cerner le phénomène du suicide chez les adolescents.

A. À la recherche des causes

Rien ne peut expliquer de façon concluante pourquoi le nombre d'adolescents qui se suicident est plus élevé que jamais. Le suicide est un comportement aux multiples facettes dont il est difficile de définir l'essence.

Emile Durkheim, le théoricien qui s'est le plus penché sur le suicide, définit trois types de suicides. Le premier est le suicide altruiste. La victime est alors tellement intégrée à un groupe ou à une société qu'elle se suicide pour le groupe. À titre d'exemples, citons les pilotes kamikazes japonais de la Deuxième Guerre mondiale et le suicide collectif de Jonestown.

Le deuxième type de suicide est égoïste. Il se caractérise par un système de valeurs très fort, une faible intégration au groupe et un sens accablant de la responsabilité personnelle. Le groupe n'est pas assez fort pour que la victime y trouve une source de soutien et de vigueur suffisante hors de soi-même. De plus, la société n'est pas assez intégrée

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

pour pouvoir, collectivement, atténuer le sentiment de responsabilité et de culpabilité que provoquent les faiblesses morales et l'échec.

Le troisième type de suicide dégagé par Durkheim ne se caractérise pas par un système de valeurs puissant. Le suicide anomique résulte d'une mauvaise intégration à un système de valeurs culturelles et donc de l'impression que les normes sociales n'ont aucun sens. Les sentiments caractéristiques d'isolement, de solitude et de confusion personnelle reliés à ce type de suicide découlent souvent d'une perturbation majeure du mode de vie de la victime, par exemple, la mort d'un parent ou l'aménagement en un endroit éloigné de celui où vivent ses amis.

On pourrait croire que le suicide anomique constitue la meilleure explication du phénomène des suicides chez les adolescents, puisqu'il se rattache à des expériences étroitement liées à l'adolescence. Il existe cependant de subtiles nuances.

1. Les différences liées au sexe

Le fait d'appartenir au sexe masculin augmente les risques de suicide au Canada, peu importe le groupe d'âge. Il faut cependant noter que ce facteur n'est significatif qu'en ce qui a trait aux suicides réussis. Les tentatives de suicide sont jusqu'à trois fois plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes. Le nombre de tentatives de suicide peut atteindre jusqu'à dix fois le nombre de décès, mais les hommes sont six fois plus enclins à mourir de suicide que les femmes. Cette observation constitue un phénomène interculturel.

Selon le psychologue Antoon Leenaars, président de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, les raisons de cette différence sont davantage sociologiques que psychologiques(1). D'après lui, la société apprend à l'homme à cacher ses sentiments et à nier la douleur afin d'"être un homme"; il en résulte un accroissement du sentiment de responsabilité personnelle chez ceux qui cadrent mal dans la culture

---

(1) Burt, Dowsett, "Young Men, Senior Males Form Most Suicidal Groups", London Free Press, 12 juin 1990.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

mâle dominante. Cette culture ne met aucun accent évident sur le soutien mutuel au moment de l'adolescence, mais insiste plutôt sur l'esprit de compétition. Il s'agit également d'une culture qui a été affaiblie par la révolution sexuelle et qui est en train de se transformer. Ces facteurs indiquent que, pour les jeunes hommes, les impulsions suicidaires se rapprochent davantage du modèle égoïste de Durkheim que du modèle anomique.

Les femmes, par contre, ont tendance à suivre le modèle anomique. Dans les études menées sur les adolescentes et sur les femmes et visant à déterminer pourquoi il y a tant de tentatives de suicide et si peu de décès par suicide dans ces groupes, des théoriciens sont allés beaucoup plus loin que Durkheim. La théorie de l'ego par rapport aux autres, qui sert à étudier le comportement des femmes dépressives, aide à comprendre les différences liées au sexe dans le comportement suicidaire. Les études récentes font ressortir un lien constant entre l'importance que les femmes attachent aux relations et les facteurs qui influent sur le comportement suicidaire. Le stress résultant de l'incapacité de régler les conflits interpersonnels compte plus souvent parmi les facteurs suicidogènes chez les femmes que chez les hommes. Cette théorie met l'accent sur quatre processus courants qui, lorsqu'ils sont exacerbés, sont à l'origine de la plupart des tentatives de suicide chez les femmes. Il s'agit de la vulnérabilité face à la perte, de l'inhibition de la colère, de l'inhibition de l'action et de l'agression et de la faible estime de soi. Au lieu de considérer ces facteurs comme des faiblesses, comme le fait la théorie classique selon laquelle l'expérience mâle constitue la norme, la théorie de l'ego par rapport aux autres les considère comme des atouts d'après la norme féminine. En examinant l'expérience normative des femmes, on commence à mieux comprendre les différences de comportement suicidaire liées aux sexe.

Une autre théorie employée pour expliquer les différences liées au sexe dans le cas des tentatives de suicide et des suicides réussis se fonde sur la méthode employée pour se suicider. Les adolescentes font appel le plus souvent aux médicaments, tandis que les adolescents ont recours à des méthodes provoquant une mort instantanée, comme des armes à feu. Toutefois, selon des sources américaines, ces différences se

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

modifient. Les Centers for Disease Control ont en effet constaté que moins du tiers des suicides survenus chez les femmes de 15 à 24 ans en 1970 étaient imputables à l'usage d'une arme à feu, alors que la proportion était passée à un peu plus de la moitié en 1984. Par ailleurs, alors que 42 p. 100 des jeunes femmes qui se sont suicidées en 1970 ont utilisé des médicaments, il n'y en avait plus que 10 p. 100 à avoir eu recours à cette méthode en 1984. Le sociologue James Mercy s'attend que ces tendances se poursuivront, parce qu'il est facile d'obtenir des armes à feu aux États-Unis et de plus en plus difficile de se procurer des barbituriques pouvant provoquer la mort(2).

Le psychologue Lee Salk de la Faculté de médecine de l'Université Cornell a proposé une théorie controversée afin d'expliquer les différences liées au sexe. Il établit un lien entre le trumatisme à la naissance et le suicide. Il fait ressortir que les taux de mortalité infantile ont commencé à chuter une quinzaine d'années avant que les taux de suicide chez les adolescents ne se mettent à grimper en flèche. Il ajoute que les garçons souffrent davantage que les filles de complications à la naissance et détermine les trois dénominateurs communs qui reviennent constamment à l'examen des antécédents des suicidés: détresse respiratoire pendant plus d'une heure à la naissance, manque de soins prénatals avant la 20e semaine de grossesse et maladie chronique de la mère pendant la grossesse. Il va même jusqu'à établir un lien entre les méthodes employées pour tenter de se suicider et le type d'intervention à la naissance.

Cette hypothèse a également été soutenue par des médecins suédois, qui ont constaté un lien plus étroit entre le suicide et le traumatisme à la naissance qu'avec n'importe lequel des onze facteurs de risque examinés, y compris des variables socio-économiques telles que l'alcoolisme des parents et les familles désunies. Cette théorie demeure très controversée dans la profession médicale, qui cherche à accroître le contrôle et l'intervention obstétriques plutôt que de les réduire comme le préconisent les scientifiques qui la défendent.

---

(2) Judy Folkenberg, "Guns and Gals", Psychology Today, juillet-août 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

2. Les différences culturelles: Comparaison avec les États-Unis

Une comparaison récente des taux de suicide au Canada et aux États-Unis a révélé que le taux de suicide chez les hommes est de 57 p. 100 plus élevé au Canada qu'aux États-Unis. Antoon Leenaars, de l'Association canadienne pour la prévention du suicide, attribue cette différence à la théorie culturelle selon laquelle les Canadiens sont plus brimés que les Américains, étant donné que, au moment où il était une colonie, le Canada s'appuyait sur les valeurs britanniques de la royauté et de la religion, tandis que les États-Unis ont été fondés par des pionniers impétueux, agressifs et armés qui ont poursuivi leur route vers l'ouest en abattant tous les obstacles rencontrés sur leur passage. À cause de cette évolution différente, déclare Leenaars, certains ont prétendu que les Américains se tuent les uns les autres, tandis que, au Canada, nous nous suicidons(3). Bien que simplistes en soi, ces observations du Dr Leenaars font ressortir un élément culturel du comportement suicidaire qui peut être utile dans les techniques de prévention, comme nous le verrons plus loin lorsque nous aborderons la question du suicide chez les autochtones.

3. Les différences culturelles: Comparaison avec le Québec

Le taux de suicide chez les adolescents du Québec est le plus élevé au Canada et l'un des plus élevés au monde. Le Dr Mounir Samy, fondateur et directeur de l'équipe d'intervention auprès des adolescents de l'Hôpital Général de Montréal, soutient que le bouleversement social qui s'est produit au Québec depuis les années 60 influence les adolescents troublés en ne leur donnant aucun point d'appui stable. Selon lui, la Révolution tranquille et l'éclatement de la famille seraient des facteurs clés du phénomène. Un autre facteur serait la possibilité de suicide

---

(3) "Teen Suicide", Windsor Star, 7 avril 1990.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

qu'offre notre société. "Nous vivons dans une société qui accorde de la valeur à la qualité de vie plutôt qu'à la durée de la vie... [Certains adolescents estiment que]. la vie ne vaut pas la peine d'être vécue s'il est impossible d'en garantir la qualité[4]." L'aspect culturel du comportement suicidaire peut être examiné en termes généraux ou particuliers. Même s'il ne constitue qu'un élément du tableau, il est néanmoins un élément essentiel dont il faut tenir compte lorsqu'on cherche des solutions efficaces.

4. Les suicides à la chaîne

Même si l'augmentation des suicides s'est stabilisée ces dernières années, le nombre de "suicides à la chaîne" est à la hausse. L'existence de ce type de suicide est un aspect du phénomène des suicides chez les adolescents qui a retenu l'attention publique récemment au Canada. À Lethbridge, en Alberta, trois adolescents se sont suicidés en l'espace de trois mois et une tragédie semblable est survenue à Antigonish, en Nouvelle-Écosse. Bien que certains soupçonnent l'influence d'un culte satanique dans le cas des suicides de Lethbridge, ces soupçons n'ont nullement été confirmés. Les adolescents eux-mêmes déclarent que l'attention des médias sur cette possibilité ou sur l'influence de la musique "heavy metal" ou des vidéos-clips constitue seulement une tentative des adultes de se débarrasser de leur sentiment de culpabilité et de fermer les yeux sur les vrais problèmes auxquels les jeunes sont confrontés. Qu'il s'agisse de pactes de suicide ou non, l'incidence des suicides d'imitation chez les adolescents devient très commune dans le monde. Les raisons de cette nouvelle tendance n'ont pas été établies de manière concluante. Mais il y a lieu de penser que les jeunes qui ne trouvent pas de solution à leurs problèmes en s'adressant à leur famille, à des médecins ou à des professeurs se tournent vers d'autres adolescents pour chercher de l'aide.

---

(4) "Teen Suicide Rate Linked to Quiet Revolution", Montreal Gazette, 13 mai 1988 (traduction).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Même s'ils ne tentent pas de se suicider, tous les adolescents songent à le faire, à en croire certaines études. C'est ce que soutient Simon Davidson, directeur de la recherche psychiatrique à l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, dans un rapport qu'il a publié cette année. Dan Wiseman, directeur des services sociaux au Conseil scolaire d'Ottawa, croit pour sa part que cette affirmation pourrait bien être vraie, mais fait remarquer que seulement 10 à 12 p. 100 des élèves tentent de se suicider et que seulement 1 à 2 p. 100 y parviennent. M. Wiseman, qui a lancé le programme interne de prévention du suicide au Conseil scolaire d'Ottawa, déclare que le suicide devient une solution viable parce que les adolescents manquent d'expérience pour régler les problèmes et maîtriser le stress(5).

B. La prévention

1. Reconnaître les signes avant-coureurs

Selon la section London-Middlesex de l'Association canadienne pour la santé mentale, qui a travaillé activement à la mise sur pied de programmes de prévention du suicide chez les adolescents, il existe plusieurs signes avant-coureurs de l'intention suicidaire: déprime, déclarations qui dénotent des préoccupations face à la mort, changements spectaculaires de comportement ou d'humeur, manque d'intérêt pour les plans d'avenir, préparatifs, tentatives précédentes (80 p. 100 des suicidés ont déjà essayé de s'enlever la vie), amélioration soudaine après une période de déprime et comportement autodestructeur(6).

L'anxiété, l'isolement, le déprime, la toxicomanie, la délinquance et l'éclatement de la famille peuvent tous constituer des

---

(5) John Ibbitson, "Experts Rap Report on Teen Suicide", Ottawa Citizen, 17 janvier 1989.

(6) Burt Dowsett, "Suicide: Recognizing the Symptoms", The London Free Press, 12 juin 1990. Le décès d'un parent, en particulier de la mère, accroît de 600 fois les risques de tentative de suicide.

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

facteurs, séparément ou ensemble. L'importance des relations familiales a été remarquée par les thérapeutes américains, qui constatent une baisse de la thérapie familiale. De plus en plus, les parents ne veulent plus associer leurs enfants à leur thérapie.

De tous les adolescents qui finissent par tenter de se suicider, 80 p. 100 sont allés voir un médecin avant de passer aux actes. Les adolescents se plaignent de symptômes qui devraient déclencher l'alarme mais que le médecin ne voit habituellement pas. Ils peuvent se plaindre d'insomnie ou de fatigue ou encore de difficultés à l'école, mais la cause fondamentale n'est pas cernée(7). L'attention des techniques de prévention se porte donc désormais non pas sur l'unité familiale, mais sur les médecins et sur les écoles.

2. Des stratégies efficaces

Après avoir examiné les études sur le suicide chez les adolescents, Bruce Connell, psychologue indépendant au Conseil scolaire de London (Ontario), tire la conclusion que de 95 à 97 p. 100 de ces suicides pourraient être évités(8).

Dans une étude sur les effets de l'âge, de la période et de la cohorte qui repose sur des statistiques canadiennes allant de 1921-1925 à 1981-1985(9), Frank Trovato conclut que le divorce et l'urbanisation ont des effets "positifs" notables sur les risques de suicide, tandis que l'effet de la sécularisation religieuse, bien que présent, n'a aucune importance statistique.

L'examen de l'âge, de la période et de la cohorte effectué par Trovato confirme que le suicide est principalement relié à l'âge et que

---

(7) Richard Sutherland, "Teenage Suicide Epidemic in Canada", The Financial Post, 22 février 1990.

(8) Dowsett, "Suicide: Recognizing the Symptoms", (1990).

(9) Frank Trovato, "Suicide in Canada: A Further Look at the Effects of Age, Period and Cohort", Canadian Journal of Public Health, vol. 79, n° 1, janvier-février 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

la période et la cohorte sont peu pertinentes pour la compréhension de ce phénomène dans la société canadienne.

À la recherche de techniques de prévention à employer dans le réseau scolaire, le Dr Barry Garfinkel, directeur des services psychiatriques aux enfants et aux adolescents à l'université du Minnesota, a conçu des questionnaires afin d'obtenir des renseignements sur la déprime et il les fait remplir par 15 000 élèves tous les ans depuis plusieurs années. Tous les adolescents dont les résultats sont positifs doivent consulter un conseiller pédagogique ou le psychologue de l'école. Cette méthode a été approuvée au Canada, et plus précisément au Québec, où le problème du suicide chez les adolescents est particulièrement aigu.

Un autre moyen qui a fait ses preuves consiste à créer des groupes de discussion où les adolescents se réunissent entre eux. Compte tenu tout particulièrement de la hausse des suicides d'imitation ou des suicides à la chaîne, cette méthode est considérée essentielle à la prévention. Quand un élève s'est suicidé à l'école A.B. Lucas, à London, en 1987, ses amis et un professeur ont créé un club des petits déjeuners afin de pouvoir canaliser leur peine dans des programmes positifs qui aideraient les futurs élèves. Le club regroupe 260 élèves et a permis la création de programmes d'orientation à l'intention des élèves de 8e année afin de rendre le passage du cycle intermédiaire au secondaire moins traumatisant.

Afin de planifier et d'administrer plus efficacement les centres de prévention des suicides, le Service de la santé mentale de la région urbaine de Vancouver utilise un système informatique, qui a évolué depuis dix ans. Ce système, qui a été conçu par des conseillers, des chercheurs, des organismes communautaires, un expert clinique et d'autres professionnels, est mis à jour tous les ans. Il vise à répondre aux besoins pratiques de consultation continue ainsi qu'aux besoins de planification et d'évaluation à long terme. L'information, dont le caractère confidentiel est protégé, est publiée dans des rapports et sert à des activités d'éducation publique.

Le Groupe d'étude national sur le suicide proposait dans son rapport un programme éducatif à l'intention du personnel des écoles et des

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

élèves, un modèle de services d'intervention à l'intention des hôpitaux, des collectivités et des autochtones et un modèle albertain de démarche systématique en matière de prévention des suicides. L'annexe du présent document renferme des extraits de ce rapport ainsi que des tableaux statistiques pertinents.

3. Méthodes tenant compte des différences culturelles: Les autochtones

Les autochtones du Canada constituent un autre groupe à risque identifiable. Le taux de suicide chez les adolescents autochtones (pas de tous les groupes d'âge) est parfois dix fois plus élevé que chez les Blancs du même âge. Même si le présent document n'a pas pour objet d'examiner en détail la situation des autochtones, il est utile de noter le succès de méthodes de prévention qui tiennent compte de contextes culturels précis et sont employées dans certaines collectivités.

Puisque le suicide chez les autochtones est un phénomène particulier, les méthodes employées pour y faire face le sont elles aussi. La différence entre les méthodes d'éducation et de prévention non autochtones et autochtones est que les méthodes non autochtones ont tendance à reposer sur les faits, tandis que les autochtones se servent d'histoires pour donner des renseignements sur le suicide. Cette technique a été démontrée dans une émission de radio qui a reçu des éloges internationaux intitulée "Kill the Feelings First". Cette émission, qui a été conçu par George Tuccaru, un employé autochtone de CBC North à Yellowknife, fait appel à des histoires pour inciter l'auditoire à examiner diverses questions et à trouver des moyens d'y faire face. Les planificateurs des services de santé mentale au Canada doivent répondre à trois grandes questions: Est-on disposé à considérer les processus de santé propres à la culture autochtone comme une bonne source de santé mentale? Fait-on confiance à la capacité des autochtones d'élaborer des méthodes et des procédés? Peut-on considérer la santé mentale d'un point de vue spirituel, mais pas nécessairement religieux? Le Groupe d'étude national sur le

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

suicide au Canada recommandait que les stratégies de prévention à l'intention des autochtones du Canada tiennent compte des aspects culturels.

Les adolescents autochtones de Grande Cache, en Alberta, ont formé un groupe de soutien après le suicide d'un jeune de 16 ans qui avait vécu dans des foyers nourriciers blancs depuis l'âge de 9 ans(10). Les dirigeants de la communauté autochtone considèrent qu'il s'agit d'un premier pas important, mais soulignent la nécessité d'améliorer les communications familiales et de régler les problèmes de l'alcoolisme, de la violence et des mauvais traitements sexuels que l'on retrouve dans de nombreuses familles autochtones.

CONCLUSION

On a établi un lien entre le manque d'intégration sociale, les sentiments d'"aliénation" dans la population, la fugacité de la vie et l'évolution rapide des valeurs, du revenu et du mode de vie. De faibles perspectives d'emploi, des familles en mutation, des valeurs sociales et morales changeantes pourraient expliquer les taux élevés de suicide chez les adolescents par rapport à l'ensemble de la population. Il importe de se rendre compte que le comportement suicidaire n'est pas nécessairement relié à des problèmes de santé mentale et que le chômage et l'alcoolisme ne sont pas répandus chez les adolescents suicidaires.

Même si les causes des suicides sont complexes et difficiles à définir, l'expérience des adolescents fait ressortir les problèmes uniques de ce groupe d'âge à haut risque. Marian Crook a interviewé des adolescents de la Colombie-Britannique qui avaient tenté de se suicider. Les dénominateurs communs comprenaient des difficultés familiales et la faible estime de soi. Il est également ressorti de ces entrevues que les adolescents n'avaient pas été aidés lorsqu'ils ont tenté de communiquer avec des professeurs, des médecins ou d'autres professionnels. Les

---

(10) Gerry, Gee, "Teens Meet Suicide Issue Head On", Windspeaker, 28 juillet 1989, p. 13.

LIBRARY OF PARLIAMENT -
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

pressions en vue d'exceller, perpétuées non seulement par les parents et par les autres adolescents, mais aussi dans les émissions de télévision et dans la publicité accentuent l'anxiété des adolescents. Les techniques permettant de faire face à la situation et une aide sympathique sont essentielles. Qu'elles viennent des parents, des professeurs, des médecins, d'autres adolescents ou de la télévision importe peu. Il faut cependant que les techniques et l'aide existent. La complexité de la question ne doit pas entraver les efforts communautaires ou gouvernementaux visant à régler un problème qui provoque plus de décès parmi les adolescents que toute autre cause, sauf les accidents.

BIBLIOGRAPHIE

Beneteau, Renée. "Le suicide au Canada". Tendances sociales au Canada, Ottawa, Statistique Canada, hiver 1988.

Corr, Charles A. and Joan N. McNeil. Adolescence and Death. New York, Springer Publishing Company, 1986.

Crook, Marion. Every Parent's Guide to Understanding Teenagers and Suicide. Vancouver, Self-Counsel Press, 1988.

Crow, Gary A. and Letha I. Crow. Crisis Intervention and Suicide Prevention. Springfield (Illinois), Charles C. Thomas, Publisher, 1987.

Curran, David K. Adolescent Suicidal Behavior. Washington, Hemisphere Publishing Corporation, 1987.

Deats, Sara M. and L.T. Lenker (éd.). Youth Suicide Prevention. New York, Plenum Press, 1989.

Hawton, Keith. Suicide and Attempted Suicide Among Children and Adolescents. Beverly Hills (Californie), Sage Publications, 1986.

Hodgson, Maggie. "'Kill the Feelings First': Ou l'application de méthodes traditionnelles d'éducation en santé mentale dans une émission radiophonique sur la prévention du suicide". Santé mentale au Canada, septembre 1986.

Hunter, David G. "Un comité de lutte contre le suicide: la réponse novatrice de Yorkton au problème du suicide chez les adolescents". Santé mentale au Canada, septembre 1986.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Klerman, Gerald L. (éd.). Suicide and Depression Among Adolescents and Young Adults. Washington, American Psychiatric Press, Inc., 1986.

Peck, Michael L., N.L. Farberow and R.E. Litman (éd.). Youth Suicide. New York, Springer Publishing Company, 1985.

Peters, Ron. "Un système d'information automatisé dans un centre de prévention du suicide". Santé mentale au Canada, septembre 1986.

Polly, Joan. Preventing Teenage Suicide. New York, Human Sciences Press, Inc., 1986.

Richman, Joseph. Family Therapy for Suicidal People. New York, Springer Publishing Company, 1986.

Russell, Anita and Karen Rayter. Suicide. Winnipeg, Peguis Publishers Limited, 1989.